

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1910-1911. — N° 45

ÉTUDE
SUR LES
ŒUFS HYDRAMNIOTIQUES
— AVEC FŒTUS VOLUMINEUX
(GROS ŒUFS)

THÈSE
PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 19 Décembre 1910
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR
Joseph-Jean-Louis DROUET
Né le 14 Septembre 1885, à La Rochelle (Charente-Inférieure),
Elève à l'Ecole du Service de Santé militaire



LYON
A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ
4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1910



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1910-1911. — N° 45

ÉTUDE
SUR LES
ŒUFS HYDRAMNIOTIQUES
AVEC FŒTUS VOLUMINEUX
(GROS ŒUFS)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 49 Décembre 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph-Jean-Louis DROUET

Né le 14 Septembre 1835, à La Rochelle (Charente-Inférieure),

Elève à l'Ecole du Service de Santé militaire



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique.	PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY
Clinique des maladies mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE
Physiologie	GUIART
Pathologie interne.	TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT
Anatomie pathologique.	MORAT
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	COURMONT (P.)
Médecine légale.	PAVIOT
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	ARLOING
Pharmacologie	LACASSAGNE
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL.	agréé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVE-JOSSERAND,	ag
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL	—
Botanique	BRETIN	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC	J. LEPINE	NOGIER	TAVERNIER
REGAUD	LESIEUR	LATARGET	CADE
COMMANDEUR	Etienne MARTIN	BRETIN	MOURIQUAND
GAYET	LAROYENNE	THÉVENOT	ARLOING (F.)
NEVEU-LEMAIRE	VORON	LERICHE	GUILLEMARD
PATEL			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. FABRE, *Président* ; POLLOSSON (A.), *Assesseur* ;
MM. COMMANDEUR et VORON , *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MES CAMARADES D'ÉCOLE

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR FABRE

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine
de Lyon

*Il a mis gracieusement à notre disposition
les ressources de la Clinique obstétricale.
Il nous fait aujourd'hui le grand hon-
neur d'accepter la présidence de notre
thèse; nous le prions d'agréer nos res-
pectueux remerciements.*

A M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ COMMANDEUR

*Qui nous inspira le sujet de cette thèse, et
nous témoigna toujours un bienveillant
intérêt, qu'il veuille bien accepter l'hom-
mage de notre vive gratitude.*

A M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ VORON

*Qui nous a toujours accueilli, dans son
service avec la plus grande bienveillance
et nous a toujours montré une vive solli-
citude.*

A MES ANCIENS MAITRES

de l'Ecole de Médecine de Poitiers

A MES MAITRES

de l'Université de Lyon

A MES MAITRES

de l'Ecole du Service de Santé Militaire

INTRODUCTION

L'hydramnios coïncide le plus souvent avec l'existence d'enfants débiles ou mal formés.

Il était intéressant de l'observer dans le cas de gros œuf.

Sur l'inspiration et sur les conseils de notre maître, M. le professeur agrégé Commandeur, nous avons étudié un certain nombre de cas, dans lesquels l'enfant présente un poids supérieur ou égal à 4.000 grammes (dans une seule de nos observations, l'enfant ne pèse que 3.950 gr.), le placenta a subi une augmentation de poids à peu près parallèle et la quantité du liquide amniotique atteint ou dépasse 2.000 grammes.

Les faits de ce genre sont considérés comme rares, ils ne sont cependant pas exceptionnels, et nous sommes persuadé qu'ils se multiplieraient, si la quantité du liquide amniotique était ou pouvait être systématiquement mesurée.

Nombreuses sont, dans la littérature médicale, les observations de gros enfants où le diagnostic d'hydramnios est porté, sans que l'évaluation du liquide ait été faite au moment de la rupture de la poche des eaux,

Aussi, parmi les observations que nous rapportons, les unes ont-elles permis une étude complète, d'autres ont été rapportées pour quelques points intéressant notre sujet.

Notre travail sera divisé comme il suit :

CHAPITRE PREMIER. — *Etiologie.*

CHAPITRE II. — 1° *Symptomatologie.*

2° *Diagnostic.*

CHAPITRE III. — 1° *Étude de l'accouchement.*

a) Mécanisme de l'accouchement.

b) Dangers courus par la mère.

c) Dangers courus par l'enfant.

2° *Pronostic fœtal et maternel.*

CHAPITRE IV. — *Conduite à tenir.*

CHAPITRE V. — *Observations.*

CONCLUSIONS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

ÉTUDE
SUR LES
ŒUFS HYDRAMNIOTIQUES
AVEC
FŒTUS VOLUMINEUX
(GROS ŒUFS)

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE

On a invoqué des causes nombreuses pour expliquer le développement excessif de l'œuf; elles doivent effectivement être multiples et se combiner plus ou moins, pour influencer la formation de l'enfant.

C'est ainsi que l'on a fait intervenir l'hérédité paternelle ou maternelle, l'âge de la mère, la parité, la durée de la grossesse; on a même invoqué une influence pathologique et spécialement l'action de l'infection syphilitique.

Nous allons les examiner plus en détail.

Influence de l'hérédité paternelle. — Il est certain que l'âge du père a une influence marquée sur le développement du produit de conception; de même la taille et la constitution du générateur semblent avoir

une importance décisive, capitale pour plusieurs auteurs; La Torre entre autre arrive aux conclusions suivantes : « De toutes les prétendues conditions admises jusqu'à ce jour comme aptes à favoriser ou à entraver le développement du fœtus, il n'en est pas une qui résiste et conserve une influence sérieuse en comparaison d'une maladie constitutionnelle du père », et plus loin : « La taille, le poids, l'état de santé de la mère n'influent en rien sur l'accroissement de santé de son produit. »

De fait nous voyons, dans celles de nos observations où la taille de la gestante a été rapportée, que toutes ces femmes sont de petite taille; nous avons trouvé : 1 m. 49 (obs. I), 1 m. 55 (obs. II, III), 1 m. 50 (obs. IV), 1 m. 65 (obs. V), 1 m. 62 (obs. VII), pour des enfants du poids de 4.270, 4.700, 5.400, 4.310, 4.750, 3.950 grammes.

Il semble bien pourtant que dans certains cas l'hérédité s'exerce du côté maternel aussi bien que du côté du père; Alb. Marx, Gessner, Frankenhauser croient à l'influence de l'état de nutrition de la mère et à l'influence de sa taille; ainsi on voit une géante donner le jour à un enfant de 10.768 grammes dans une observation de Beach (*Medical Record*, New-York, vol. XV, p. 271). Ortega rapporte un cas semblable.

L'âge de la mère a une influence certaine sur le développement du fœtus : une femme en plein épanouissement de sa maturité génitale doit mieux nourrir le produit de sa conception qu'une femme plus jeune ou plus âgée. Pinard est d'avis que le poids de l'enfant croît avec l'âge de la mère jusqu'à trente-cinq ans;

dans toutes nos observations, nos gestantes avaient de vingt-huit à trente-sept ans ; une seule, primipare, était âgée de quarante-six ans.

Les auteurs ont invoqué un autre élément maternel ; celui de l'époque de l'établissement de la menstruation ; l'âge moyen que nous avons constaté est quatorze ans, les âges extrêmes étant de douze à dix-huit ans ; cet âge de quatorze ans est considéré comme l'époque habituelle de l'instauration menstruelle.

La multiparité est généralement admise comme ayant une influence favorable sur le développement de l'œuf ; Pinard admet que le poids des enfants augmente avec le nombre des grossesses ; c'était aussi l'opinion de Tarnier ; Hecker a dit à ce sujet : « Tout produit d'une grossesse répétée dépasse en poids les précédents ; » et Wernich : « Le nombre des accouchements influe sur l'accroissement du poids du fœtus au moment de la naissance ; ce facteur agit suivant une progression. » Dans nos observations, toutes les femmes, sauf trois, sont multipares, la plupart même grandes multipares.

La grossesse elle-même peut influencer de diverses façons : par sa *durée* tout d'abord. Une gestation prolongée a été incriminée comme cause de gros œuf ; Tarnier et Budin écrivent dans leur *Traité d'accouchement* : « La prolongation de la durée de la grossesse au delà des limites habituelles favorise l'augmentation du volume de l'enfant. » Budin a vu deux faits de ce genre chez une même femme : l'un des enfants pesait 5.070 grammes, l'autre 5.090 grammes ; chaque

grossesse avait duré près de dix mois. Nous rapportons deux cas de grossesse prolongée : dans l'observation I, il s'agit d'une primipare dont l'accouchement fut artificiellement provoqué vingt-cinq jours après le terme, l'enfant pesant 4.270 grammes ; dans l'observation XV, empruntée à Marx, nous voyons une secundipare accoucher spontanément quarante-cinq jours après le terme, d'un enfant de 5.870 grammes.

Pour expliquer des faits de ce genre, M. Vallois suppose que, chez les femmes dont la gestation se prolonge, l'utérus est moins irritable et plus extensible que normalement.

Quant à l'influence favorisante *du repos de la mère* pendant la grossesse, invoquée par le professeur Pinard, nous n'avons pu, dans le cas particulier, vérifier ce facteur étiologique, les femmes étant venues à la Maternité au moment de leur accouchement.

Les auteurs parlent, en traitant de l'étiologie maternelle, de *l'hérédité pathologique* ; nous avons relevé dans un certain nombre de cas la rougeole, la coqueluche, dans les antécédents des femmes dont nous relatons l'observation, mais nous ne pensons pas pouvoir trouver là la moindre relation de cause à effet.

Pinard et Beach ont attribué une influence presque exclusive à la **sypilis** sur le développement des gros œufs ; nous allons essayer de démontrer que, dans les cas que nous rapportons et malgré l'hydramnios concomitant, la spécificité ne saurait être mise en cause.

Pour ce faire, nous nous baserons surtout sur les

antécédents obstétricaux de nos accouchées et sur la valeur du rapport du poids du placenta au poids fœtal.

1° Antécédents obstétricaux.

Obs. I. — I pare.

Obs. II. — IX pare. Avortements et naissances d'enfants vivants alternés; tous les enfants nés vivants sont bien portants, l'aîné avait dix-sept ans au moment du dernier accouchement.

Obs. III. — VII pare. Tous les enfants sont nés à terme; tous étaient fort gros et sont actuellement bien portants.

Obs. IV. — VIII pare. Avortements et enfants à terme alternativement; trois sont actuellement vivants et bien portants, un autre est mort à dix-sept jours en nourrice.

Obs. V. — V pare. Tous les enfants nés à terme sont vivants et bien portants.

Obs. VI. — IV pare. Les deux premiers enfants sont nés vivants: l'aîné est mort à vingt-six mois d'affection pulmonaire; la troisième grossesse s'est terminée par un avortement.

Obs. VII. — I pare.

Obs. VIII. — V pare. Tous les enfants sont vivants et bien portants.

Obs. IX. — II pare. Le premier enfant est mort à dix mois, de tuberculose.

Obs. X. — IV pare. Tous les enfants sont nés vivants à terme: l'aîné est mort à dix-sept jours.

Obs. XI. — III pare. Un enfant vivant, un avortement à deux mois.

Obs. XII. — V pare. Tous les enfants sont nés vivants; un est mort à six mois.

Obs. XIII. — X pare.

Obs. XIV. — VI pare. Accouchements normaux, les quatre premiers enfants sont nés vivants, craniotomie sur le cinquième.

Obs. XV. — II pare. Premier enfant vivant.

Obs. XVI.

Obs. XVII. — VII pare. Deux fausses couches, quatre enfants nés vivants, très gros et bien portants actuellement.

Rapport proportionné entre le poids du placenta et celui du fœtus :

Obs.	I.	—	770 : 4270 = 1 : 5,6
Obs.	II.	—	630 : 4700 = 1 : 7,46
Obs.	III.	—	750 : 5400 = 1 : 7,2
Obs.	IV.	—	720 : 4310 = 1 : 5,84
Obs.	V.	—	810 : 4750 = 1 : 5,86
Obs.	VI.	—	770 : 4450 = 1 : 5,77
Obs.	VII.	—	660 : 3950 = 1 : 5,9
Obs.	VIII.	—	620 : 4120 = 1 : 6,8
Obs.	IX.	—	630 : 4100 = 1 : 6,5
Obs.	X.	—	750 : 4370 = 1 : 5,69
Obs.	XI.	—	720 : 4100 = 1 : 5,69
Obs.	XII.	—	680 : 5700 = 1 : 8,38
Obs.	XIII.	—	7214
Obs.	XIV.	—	880 : 5340 = 1 : 6,6
Obs.	XV.	—	760 : 5870 = 1 : 7,73
Obs.	XVI.	—	9000
Obs.	XVII.	—	6750

En résumé, l'examen des antécédents obstétricaux ne saurait laisser de doute au point de vue de l'intégrité des femmes vis-à-vis de l'infection syphilitique ; les unes, primipares, ont mené à bien leur première grossesse et ont accouché à terme d'enfants vivants ; les autres, multipares, n'ont eu que des enfants vivants et en bonne santé, ou bien, si elles ont eu quelques fausses couches, celles-ci n'ont jamais été en série, elles ont toujours alterné avec des grossesses à évolution normale.

La valeur moyenne du rapport du poids du placenta au poids de l'enfant étant égale à $1/6$, nous ne l'avons jamais vue s'abaisser au-dessous de $1/5,60$, c'est dire qu'elle ne s'écarte pas de la normale.

Cliniquement, on n'a pu relever chez la mère ni chez l'enfant de signe de spécificité, soit du côté du tégument, soit du côté des viscères.

D'autre part, la courbe de poids, dont l'étude donne de si précieux renseignements, a évolué normalement au cours du séjour des femmes à l'hôpital ; abaissement dans les premiers jours, puis ascension régulière et graduelle.

Dans nos observations personnelles, un seul enfant est mort pendant les suites de couches (obs. I) onze jours après l'accouchement ; il était né en état d'asphyxie blanche ; ranimé, il avait présenté tous les symptômes d'une hémorragie intracrânienne ; les enfants des observations XVI et XVII sont nés morts, mais le premier, qui se présentait par l'épaule, mourut au cours d'une pénible extraction ; le second succomba au début du travail par compression du cordon procident.

On ne saurait invoquer pour expliquer l'hydramnios une cardiopathie, aucun signe n'en ayant été relevé dans nos observations, non plus que l'albuminurie ; elle n'a été trouvée que dans les observations I et II, albuminurie d'ailleurs légère, ne se manifestant par aucun trouble subjectif et disparaissant rapidement sous l'influence du régime ; il semble bien ne s'agir là que d'une albuminurie gravidique, effet plutôt que cause, semble-t-il, du développement exagéré de l'œuf.

Chez la femme de l'observation XVII rapportée par M. Maygria, il y eut, au huitième mois de la grossesse, polyurie et glycosurie brusques, sans retentissement sur la durée et l'évolution ultérieures de la gestation. Quelle a été l'influence de ce diabète sur l'enfant ? Il ne semble pas, en tout cas, avoir nui à son développement, puisqu'il pesait 6.750 grammes à terme.

Dans aucun cas, le cordon ombilical ne présentait d'anomalie ; sa longueur oscillait entre 55 et 63 centimètres.

Le placenta était sain dans tous les cas.

Jamais les membranes n'ont présenté de lésions pathologiques, ni du côté de la caduque (endométrite coexistante ou préexistante à la grossesse), ni du côté de l'amnios (aucune trace d'amniotite).

Ces constatations anatomiques nous permettent d'écarter l'hypothèse de la nature pathologique de l'hydramnios chez les malades dont nous venons de parler, il nous semble donc qu'on doive lui attribuer une origine physiologique.

En effet, toutes les théories accordent au fœtus une

part importante dans la production du liquide amniotique. Le fonctionnement intra-utérin de l'appareil circulatoire, du rein, des glandes cutanées en serait la source ordinaire.

Supposons un enfant particulièrement vigoureux, chez qui la suractivité des échanges nutritifs sera particulièrement intense ; sous l'influence de contractions cardiaques puissantes, la transsudation sera plus active à travers les vaisseaux du cordon, l'excrétion de l'appareil urinaire et des glandes cutanées plus abondante ; il ne sera pas étonnant de trouver dans ces conditions une quantité plus considérable de liquide amniotique.

Il y a là pour nous, simple exagération d'un phénomène normal, sans intervention nécessaire d'un processus morbide.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE. — DIAGNOSTIC

I^o SYMPTOMATOLOGIE

Un fait est capital : la production de l'hydramnios est un phénomène tardif ; ses symptômes cliniques ne se manifestent que dans les dernières semaines de la grossesse ; rien au début et jusqu'aux derniers mois de la gestation ne permettra de différencier le gros œuf de l'œuf normal.

Les phénomènes sympathiques ne sont pas exagérés ; les vomissements du début, bilieux, glaireux ou alimentaires, disparaissent au bout de quelques semaines sans aboutir aux vomissements incoercibles.

La constipation fréquente et souvent opiniâtre est un fait d'observation banale, il ne saurait suffire à constituer une présomption.

Aux environs du huitième mois, l'ensemble symptomatique acquiert une allure plus caractéristique.

On peut voir réapparaître les phénomènes sympathiques, comme dans le cas relaté dans notre observation V.

A ce moment, l'inspection de la femme nous offre à constater des faits plus intéressants : la pigmentation de la face, des seins, de la paroi abdominale est très accentuée, il n'y a cependant pas de règle fixe sur ce point particulier.

Les vergetures sont nombreuses ; rien de caractéristique ici non plus, l'élasticité des tissus intervenant autant au moins que la distension abdominale.

La paroi est toujours distendue, amincie ; elle cède sous la pression croissante ; les muscles droits s'écartent, se laissent distendre. La femme étant debout, nous voyons l'utérus en antéversion : le ventre est en obusier, en besace ; l'ombilic s'efface, l'anneau ombilical se distend, l'éventration est assez fréquente.

L'inspection nous rend encore compte des troubles de la circulation périphérique : œdème, varices.

L'œdème est fréquent, il se développe aux membres inférieurs, il prédomine parfois sur l'un des deux, plus particulièrement du côté gauche ; il s'observe également dans la région sus-pubienne, remonte parfois jusqu'à l'ombilic, s'étendant dans quelques cas à la paroi abdominale entière ; l'œdème vulvaire peut se rencontrer.

La gêne de la circulation de retour est encore décelée par le lavis bleuâtre des veines sous-cutanées abdominales, parfois très marqué et très apparent.

Les varices sont fréquentes, très marquées aux jambes et aux cuisses.

Quant aux troubles du côté de l'appareil central de la circulation, aux troubles cardiaques signalés par

Tarnier et Budin, il ne nous a pas été donné de les rencontrer.

Ces deux auteurs les attribuent au refoulement du diaphragme du côté du thorax, refoulement diaphragmatique que l'on invoque aussi pour expliquer les phénomènes dyspnéiques ; nous rapportons un fait de ce genre dans l'observation III où leur intensité nécessite la provocation artificielle de l'accouchement.

Il faut cependant faire la part dans ces phénomènes circulatoires et respiratoires d'un élément toxique, que rien n'a pu nous permettre de déceler, mais dont il faudra cependant tenir compte dans la thérapeutique.

Mais ce qui frappe de suite, c'est le développement anormal de l'abdomen ; il traduit la distension utérine ; son défaut de proportion avec l'âge de la grossesse mettra de suite en éveil l'attention de l'accoucheur et deviendra un élément diagnostique de première valeur.

La mensuration exacte de l'utérus : l'évaluation de sa hauteur, celle de la circonférence abdominale s'imposeront de suite.

Prenant pour point de repère inférieur le bord supérieur du pubis, on repèrera le fond utérin : la distance, qui les sépare à terme, de 32 centimètres dans les grossesses ordinaires, n'a jamais été, dans nos observations, inférieure à 39 centimètres.

Nous avons trouvé trois fois ce chiffre ; trois fois 42 centimètres, deux fois 44 centimètres, deux fois 45 centimètres, une fois 46 centimètres, deux fois enfin 48 centimètres.

La circonférence abdominale mesurée à la hauteur de l'ombilic nous donne aussi de précieux rensei-

gnements, malheureusement nous ne l'avons trouvée rapportée que quatre fois dans nos dix-sept observations avec le chiffre de 1 m. 23, 1 m. 20, 1 m. 04, 1 m. 16, au lieu de la valeur normale de 92 centimètres.

La palpation rendra compte de la tension utérine ; elle est souvent malaisée, difficile, mais donne cependant le plus souvent des renseignements précis : elle permettra la constatation du ballotement fœtal, ici très apparent ; la sensation de flot sera très nettement perçue.

Le diagnostic de la présentation demeure relativement facile par le palper bimanuel ; on en constatera la mobilité ; le défaut d'engagement s'observe en effet dans tous les cas ; chez nos deux primipares elles-mêmes, la tête n'était pas fixée au terme.

Le palper permettra d'apprécier le développement anormal de l'enfant : on pourra, si l'on veut être plus précis, avoir recours à la méthode d'Ahlfeld, qui reste cependant très approximative.

La palpation unimanuelle donne de précieux renseignements sur les dimensions de la tête fœtale, on peut les compléter par la mensuration directe indiquée par M. Perret ; la manœuvre de Pinard-Müller donnera le rapport du détroit supérieur et de la présentation. Cependant ces manœuvres sont souvent rendues difficiles ou impossibles par l'hypertension utérine résultant de l'hydramnios.

Au toucher, le segment inférieur n'est pas toujours hypertendu ; la présentation est le plus souvent inaccessible ; quand on peut l'atteindre le ballotement vaginal est très nettement perçu.

La présentation est souvent longitudinale.

Les bruits du cœur fœtal sont assourdis, toujours perceptibles cependant à une auscultation attentive.

2° DIAGNOSTIC

Le diagnostic comporte deux points :

1° *Y a-t-il grossesse?*

2° *Y a-t-il gros œuf?*

1° **Y a-t-il grossesse ?**

Ce premier point du diagnostic ne présente pas de particularité spéciale et se fait dans la première et la seconde moitié de la gestation comme dans les cas ordinaires.

2° **Y a-t-il gros œuf?**

Il y a un intérêt de tout premier ordre à répondre à cette question, non seulement chez une parturiente, mais bien plus encore chez une femme avant terme ; on pourra alors agir au mieux des intérêts de la mère, de l'enfant et éviter des désastres ou tout au moins des difficultés sérieuses au moment de l'accouchement.

Une palpation, une percussion attentives et méthodiques permettent d'écarter de suite certaines causes d'erreur : grossesse avec hypertrophie simple ou tumeur du foie et de la rate, avec kyste de l'ovaire ou fibrome utérin.

La grossesse compliquée d'ascite sera facilement

reconnue, de même que la grossesse avec rétention d'urine.

Le diagnostic de grossesse molaire ne sera pas à faire : la môle hydatiforme évolue dans les premiers mois, alors que le diagnostic de gros œuf ne se pose que dans les dernières semaines ; d'ailleurs la consistance molle de l'utérus, les hémorragies douloureuses, quotidiennes, l'expulsion des vésicules éviteront toute confusion.

Le symptôme dominant, l'hypertension utérine avec volume exagéré doit en dehors des cas que nous venons de passer rapidement en revue faire songer immédiatement à l'hydramnios.

S'agit-il d'hydramnios avec fœtus petit ou malformé, d'une grossesse gémellaire simple, d'une grossesse gémellaire avec hydramnios d'un œuf, d'une grossesse gémellaire avec hydramnios des deux œufs ? Telles sont les hypothèses entre lesquelles le diagnostic est souvent hésitant.

Hydramnios avec fœtus petit ou malformé. — La malade présente quelquefois des antécédents syphilitiques ; l'apparition de l'hydramnios est précoce, le fœtus ballotte facilement et souvent n'est pas perceptible ; les bruits du cœur ne sont pas toujours entendus.

Grossesse gémellaire simple. — Dès le sixième ou le septième mois, il y a disproportion apparente entre l'âge de la grossesse et le volume utérin ; la paroi de l'utérus est généralement assez souple pour permettre de sentir les deux fœtus ; il n'y a pas d'hypertension.

Grossesse gémellaire avec hydramnios d'un œuf. — On sentira un utérus dur, tendu, donnant à la palpa-

tion la sensation de flot, d'autre part on percevra facilement un fœtus, et les bruits du cœur s'entendront avec la plus grande facilité. Ces signes paradoxaux feront penser à l'existence simultanée de deux œufs, l'un facilement explorable, l'autre où l'on décele tous les symptômes de l'hydropisie amniotique.

Grossesse gémellaire avec hydramnios des deux œufs. — C'est un cas très rare ; si l'hydramnios est faible, on pourra faire balloter les quatre pôles fœtaux ; s'il est très développé, au point de masquer les fœtus, le diagnostic devient impossible.

CHAPITRE III

ÉTUDE DE L'ACCOUCHEMENT

Le volume exagéré du fœtus est considéré comme constituant par lui-même une cause de dystocie ; il est *a priori* évident qu'un enfant de dimensions anormales se comportera dans un bassin normal comme l'aurait pu faire un enfant normal dans un bassin rétréci.

Il va sans dire que le produit de conception étant plus volumineux, dans un bassin vicié la dystocie sera d'autant plus accentuée, d'autant plus sérieuse et grave, les difficultés de l'accouchement ayant lieu du fait de la disproportion entre les dimensions relatives de la filière pelvienne et du mobile qui la traverse.

Nous n'aurons ici en vue que les particularités de l'accouchement des gros enfants. Nous envisagerons les difficultés causées par les diverses parties du fœtus ; puis nous passerons en revue les dangers courus par la mère, les dangers courus par l'enfant, et nous en tirerons le pronostic maternel et fœtal.

MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT

Les contractions utérines sont, dans la plupart des cas, fortes, bien rythmées.

La présentation reste élevée et n'a pas tendance à l'engagement; la poche des eaux est volumineuse, tendue; elle est rarement plate; on observe fréquemment les formes cylindriques ou piriformes; la dilatation se fait cependant assez vite.

Trois régions du fœtus peuvent, par leur extrême développement, retarder ou empêcher la marche de l'expulsion. Ces trois régions sont : la tête, les épaules, les hanches. Nous allons les étudier successivement.

1° L'obstacle est constitué par la tête. — Un enfant volumineux n'a pas forcément la tête très grosse, quoiqu'elle soit, en général, en rapport avec le reste du corps.

Jacquemier avait observé depuis longtemps que « les fœtus dont le volume est très considérable et, en quelque sorte, anormal, diffèrent beaucoup par leur constitution et leur aspect général des fœtus dont le volume ne dépasse pas des limites normales ou reste au-dessous. De prime abord, on est frappé de la prédominance de certaines parties sur d'autres, du tronc sur la tête chez les premiers qui rappellent la forme athlétique, quoique la tête soit également forte; de la prédominance de la tête sur le tronc chez les seconds, qui représentent dans l'ensemble une sorte de cône allongé ».

Et, même avec une grosse tête, le pronostic dépendra bien moins du volume absolu de cette dernière que de sa réductibilité; celle-ci dépend du degré d'ossification, partant des dimensions des fontanelles et de la laxité des sutures; elle permettra à une tête grosse,

mais moyennement ossifiée, de passer grâce au modelage, là où une tête plus petite mais plus dure ne passera qu'au prix de difficultés extrêmes.

Voici, résumés dans un tableau, les diamètres des épaules, des hanches et des têtes des enfants dont nous rapportons les observations :

DIAMÈTRES	Moyens	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	XIV	XV	XVII	XVI
OF . . .	12	12,6	11	11,8	11,2	12	11,9	11,8	12,5	11,6	12	12	12,5	»
SM . . .	13,5	14,5	13	13,2	12,5	14,5	14	14,5	13,6	13,3	14	14,5	14	»
BP . . .	9,5	10,3	9,5	9,2	9,1	9,6	9	9,8	9,5	9,1	9	11,5	10	»
SOBr . .	9,5	10	10	10	9,1	9,8	9,5	9,5	10	9,5	10	»	9,5	»
SMBr . .	9,5	11,5	10	9,6	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
BiAcr . .	12	»	16	15	»	»	»	»	»	»	»	»	18	»
Bi Troch	9,5	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	17	»
Longueur														
de l'enfant	50	58	56	56	56	55	56	53	53	54	»	62	58	64
Poids . .	3200	4270	4700	5400	4310	4750	4450	3950	4120	4100	5430	5870	6750	9000

On peut se rendre compte que l'accroissement des diamètres de la tête n'est pas parallèle au développement du corps de l'enfant; ceci explique l'expulsion facile dans la plupart des cas de présentation du sommet.

2° L'obstacle est constitué par les épaules.

— Pour de nombreux auteurs, c'est par l'augmentation du diamètre bisacromial que se traduit le plus souvent l'excès de volume du fœtus.

La difficulté du passage des épaules peut exister avec un enfant de poids moyen à diamètre bisacromial large, à plus forte raison doit-on le trouver avec des

enfants dépassant de beaucoup la moyenne des nouveau-nés à terme.

Stoltz, puis Jacquemier, ont fait remarquer depuis longtemps que, si le tronc est très volumineux, la tête peut ne pas excéder les dimensions normales.

Desmontils a également attiré l'attention sur l'importance, comme cause de dystocie, du diamètre bisacromial; les faits qu'il rapporte ont tous trait à des enfants de poids moyen.

Voici comment se produit cette dystocie : le bisacromial étant trop large, tandis qu'une de ses extrémités prend appui sur le sacrum, l'extrémité antérieure vient déborder la symphyse pubienne, elle s'y accroche et constitue en s'arc-boutant un empêchement presque absolu à la sortie de l'enfant ; cet obstacle n'a d'ailleurs aucune tendance à disparaître spontanément ; au contraire, les contractions utérines, les efforts de la mère, les tractions de l'accoucheur ne font qu'accentuer la difficulté.

Nous reviendrons plus loin sur les difficultés de l'accouchement des épaules en traitant des manœuvres employées ou à employer pour y porter remède.

Retenons dès maintenant que la grande réductibilité du diamètre bisacromial explique l'absence relative de difficultés au dégagement quand ses dimensions n'excèdent pas 15 centimètres.

3° L'obstacle est constitué par les hanches. — En général, le dégagement des hanches ne présente aucune difficulté, même quand ses dimensions sont exagérées.

Il faut distinguer le cas où le fœtus se présente par le sommet et celui où il se présente par le siège, que la présentation soit primitive ou secondaire par version.

Dans le premier cas, les voies génitales de la mère, ayant déjà livré passage à la tête et aux épaules, laissent passer sans difficulté le diamètre bitrochantérien et la circonférence qui lui correspond.

Du second cas, différents auteurs ont rapporté des exemples : Slaughter, Gordon, Dale, Edwards, Rachel, Neumer en ont cité ; le diamètre bitrochantérien vient se présenter sans que la voie lui ait été ouverte ; les difficultés sont alors aussi considérables, plus considérables parfois même que celles offertes par le passage des épaules, même de la tête.

Nous en rapportons un exemple dans l'observation XVII due à M. Maygrier, où il fallut deux heures d'efforts continus et vigoureux pour extraire les deux membres inférieurs, le siège et le tronc ; le dégagement des épaules et de la tête se fit ensuite sans difficulté.

2° DANGERS COURUS PAR LA MÈRE

Durée totale du travail. — Les auteurs sont divisés sur le point de savoir si le travail se prolonge dans le cas de gros enfants. Les uns avec Bailly, Lewis, Perrins, Deale, Beach citent des faits où le travail eut une durée de deux à quatre jours ; Young, Robbins ont vu, par contre, la durée de l'accouchement être normale pour deux enfants du poids respectif de 5.437 grammes et 7.920 grammes.

Nous avons résumé dans un tableau la durée de la dilatation et celle de l'expulsion du fœtus.

OBSERVATIONS	I	II	III	IV	VI	VII	VIII	IX	XIII	XIV	XV	XVII
Durée de la dilatation.	15 ^h 30	10 ^h 40	26 h.	4 ^h 30	4 ^h 30	39 h. dilat. artif.	15 ^h 45	1 ^h 25	32 h.	48 h. environ	17 ^h 30	6 ^h 30
Durée de l'expulsion.	15'	forceps	30'	10'	10'	forceps	15'	10'	forceps	1 ^h 30	forceps après 3 ^h 30	extrac-tion après 9 h.
Parité	I pare	IX pare	VI pare	VIII pare	IV pare	I pare	V pare	II pare	X pare	VI pare	II pare	VII pare

La durée de la dilatation, normalement de douze à quinze heures, d'après Budin et Demelin, chez les primipares, de six à huit heures chez les multipares, se trouve être, malgré les dimensions de l'enfant, considérablement diminuée chez quelques-unes de nos parturientes. Chez d'autres, par contre, elle est prolongée, et l'on se voit obligé d'intervenir sous la menace du surmenage obstétrical imminent.

Il ne semble pas que le volume du fœtus influe d'une façon sérieuse sur la durée de la dilatation ; il y a là plutôt à tenir compte des facteurs maternels : la force de la contraction utérine, la qualité de souplesse des parties molles.

L'inertie partielle d'un utérus susdistendu par un contenu trop volumineux semble devoir plutôt être incriminée comme cause déterminante du prolongement de la dilatation. Dans plusieurs cas, nous avons vu, après la rupture naturelle ou artificielle des membranes, les douleurs, jusque-là faibles, irrégu-

lières, devenir fortes et efficaces et la dilatation se compléter rapidement.

Durée de l'expulsion. — La durée de l'expulsion, normalement d'une heure et demie et une demi-heure chez les primipares et les multipares, est influencée, dans de bien plus notables proportions que la durée de la dilatation, par le volume du produit de conception dans tous les cas où ce volume de l'enfant dépasse 5.000 grammes ; par contre, entre 4.000 et 5.000 et même parfois au-dessus, l'accouchement se termine sous l'influence des seules forces de la nature ; le maximum de durée observé pour l'expulsion dans ces cas d'accouchement naturel a été de trente minutes.

Ceci confirme en partie l'opinion de Senellart, pour qui le volume excessif de l'enfant influe très peu sur la durée de l'expulsion.

L'intervention fréquente avec des enfants de 5.000 grammes est commandée par l'excès des dimensions fœtales ; au-dessous de 5.000 grammes, c'est l'inertie utérine primitive ou secondaire, le manque de souplesse des parties molles, qui seuls forcent l'accoucheur à intervenir.

La rupture des membranes, d'après le relevé de nos observations, est prématurée dans trois cas, artificielle dans huit, tempestive dans trois ; dans quatre cas, le moment où elle s'est effectuée n'est pas indiqué.

Les lésions des parties molles maternelles consistent dans la déchirure plus ou moins étendue du

périnée ; l'ampliation physiologique ne suffit pas toujours au passage de diamètres fœtaux exagérés.

La multiparité de nos parturientes rend compte du peu de fréquence relative de cette lésion, cependant, sur quinze multipares, une femme a eu une déchirure complète sans que le rectum fût intéressé, trois autres une déchirure incomplète ; les deux primipares des observations I et VII ont présenté, la première une déchirure complète, la seconde une déchirure incomplète, il est vrai, mais accompagnée d'une déchirure du col. Nous trouvons un autre exemple de cette dernière lésion, dans l'observation XIV due à Marx.

En résumé, l'expulsion d'enfants volumineux ne semble pas augmenter notablement les chances de déchirures des parties molles maternelles ; le facteur le plus important reste, comme pour les enfants de poids moyen, la souplesse des parties molles.

L'hémorragie *post partum* est rapportée, dans les observations I, II, V, VII, avec des quantités de 700 grammes, 600 grammes, 550 grammes, 450 grammes de sang ; l'intervention fut jugée nécessaire pour arrêter l'écoulement sanguin.

La fréquence de cet accident ne saurait nous étonner ; l'inertie primitive due à la distension utérine par son volumineux contenu, aussi bien que l'inertie secondaire liée à la prolongation du travail, nous en rendent parfaitement compte. A ce facteur, ici particulièrement fréquent, il faut d'ailleurs ajouter les causes habituelles : insertion basse du placenta, endométrite déciduale, albuminurie.

Quant à la mort de la femme, rapportée par les anciens auteurs, elle serait imputable soit au surmenage, soit surtout à l'infection, ces deux causes pouvant agir séparément pour amener la mort pendant le travail ou pendant les suites de couches ; plus souvent, elles se réunissent pour favoriser le développement d'une septicémie aiguë.

Depuis l'avènement de l'ère antiseptique, depuis les précautions aseptiques dont on entoure les parturientes, ces faits sont devenus une rareté ; ils restent cependant toujours une menace dans des cas où s'observent la longue durée du travail et la fréquence des interventions. C'est ainsi que la malade de l'observation VII sortie de la Maternité avant guérison, mourut chez elle.

3° DANGERS COURUS PAR L'ENFANT

L'enfant est exposé aux accidents dus à la fois à son volume et à l'hydramnios concomitant.

L'hydramnios est une cause d'instabilité de la présentation, de déflexion de la tête. Les présentations vicieuses, quoique non fréquentes, se voient cependant : présentation de l'épaule (obs. II, XVI), présentation de la face (obs. I).

Les procidences du cordon et des membres se voient assez souvent et peuvent devenir une cause de mort que nous relevons dans nos observations IV, XVII.

L'exagération du volume entraîne des lésions osseuses de la clavicule ou du crâne, pouvant amener la mort par compression des centres nerveux.

Les paralysies du plexus brachial consécutives aux interventions dans la dystocie des épaules, les inspirations prématurées restent autant de menaces pour la vie du gros enfant.

PRONOSTIC

1° **Le pronostic fœtal** immédiat se trouve assombri par toutes les éventualités que nous venons de signaler, et qui ressortissent à son volume et à l'hydramnios. Le pronostic fœtal consécutif est bon; le développement du gros enfant dans les jours qui suivent l'accouchement se fait normalement.

S'il subit une perte de poids absolue, supérieure à celle des enfants de poids moyen, cette perte n'est relativement pas supérieure à la normale; elle reste voisine des 100 grammes par kilogramme de poids fœtal que l'on assigne comme moyenne dans les premiers jours; elle reste due à l'évacuation du méconium, à la dénutrition. La reprise de poids et l'ascension de la courbe des pesées se font ensuite progressivement.

Il est à noter cependant que les gros fœtus ne sont pas toujours ceux qui se développent le mieux après la naissance. Il en est beaucoup qui reperdent l'avance qu'ils avaient prise dans l'utérus.

2° **Le pronostic pour la mère** reste assombri par la plus longue durée du travail, l'inertie utérine, les hémorragies qui peuvent en être la conséquence. La fréquence des interventions vient aussi s'ajouter

pour favoriser l'infection ; celle-ci reste toujours à redouter, la pratique de l'asepsie la plus rigoureuse n'étant pas une garantie absolue.

Les lésions des parties molles ne sauraient constituer qu'un incident et non un accident de suite redoutable.

Malgré tout et dans les cas normaux le pronostic maternel reste très bon, aussi bon que dans les cas d'accouchements ordinaires.

CHAPITRE IV

CONDUITE A TENIR EN CAS D'ŒUF HYDRAMNIOTIQUE AVEC FŒTUS VOLUMINEUX

La conduite à tenir varie selon le moment où l'on voit la femme pour la première fois ; elle varie selon que l'on est appelé auprès d'elle pendant la grossesse, au moment du terme ou pendant le travail.

1° *La femme vient trouver l'accoucheur pendant la grossesse.* — Il faudra, en premier lieu, se préoccuper d'assurer une présentation favorable : toute présentation autre que la présentation céphalique, même la présentation du siège devra être transformée par manœuvres externes.

Puis on surveillera la gestante, surtout dans le cas de rétrécissement du bassin ; on laissera la grossesse suivre son cours jusqu'au moment où il semblera que l'enfant ne puisse plus augmenter de volume sans que son passage à travers la filière pelvi-génitale causera des accidents graves, tant pour lui que pour sa mère.

On pourra alors interrompre la grossesse ou bien la laisser aller à terme, selon les chances de survie de l'enfant et l'âge de la grossesse.

Le palper mensurateur, la manœuvre de Pinard-

Müller, la mensuration directe de la tête par la méthode de Perret, serviront à déterminer le moment favorable pour l'intervention, par comparaison des dimensions de la présentation avec celles du détroit supérieur et du bassin.

La méthode de choix pour provoquer l'accouchement, sera la méthode de Krause, par la sonde de Krause, suivie ou non de l'introduction d'un ballon de Champetier.

L'accouchement prématuré provoqué sera encore de règle dans tous les cas où des phénomènes de compression viendront menacer immédiatement l'existence de la mère.

Il ne faudra jamais oublier que la réductibilité, la malléabilité de la présentation peuvent, sous les seules forces de la nature, permettre de mener à bien un accouchement d'aspect dystocique ; on verra souvent ainsi se terminer spontanément l'expulsion de très gros enfants sans être obligé d'intervenir.

2° L'accoucheur laisse la grossesse suivre son cours, il ne voit la femme qu'au moment du terme, il n'est appelé auprès d'elle que pendant le travail. — Il se contentera de surveiller la marche de l'accouchement, se tenant prêt à intervenir, à pallier à tout incident tant du côté de la mère que du côté de l'enfant.

Il prendra, dans tous les cas, les précautions de l'asepsie la plus rigoureuse, pratiquera le toucher le plus rarement possible, les chances d'infection étant augmentées par la durée plus longue de l'accouchement.

Si le travail, bien que lent, marche régulièrement, l'expectative sera la règle. Si, par contre, le travail ne progresse pas, qu'au bout de deux heures la situation soit restée la même, si l'enfant souffre, si la femme s'épuise, il faudra intervenir.

Quelle sera l'intervention de choix ?

Si l'accouchement ne peut aboutir, le bassin étant sensiblement rétréci, on pourra proposer la césarienne du corps ou du segment inférieur ou la pubiotomie.

Si, au contraire, l'enfant peut passer à travers la filière pelvi-génitale, on fera l'extraction par les voies naturelles ; si le col n'est pas complètement dilaté, on achèvera sa dilatation par le procédé bi-manuel de Bonnaire.

L'enfant est-il mort ?

La réduction du volume fœtal s'imposera, on aura recours, selon les cas, à la craniotomie, à la cranio-clasie, à l'embryotomie.

L'enfant est-il vivant ?

Le forceps, qui permet d'extraire lentement l'enfant et de ménager les parties molles, est l'instrument de choix.

La version est défavorable, le passage d'une tête dernière volumineuse constituant un temps périlleux de l'accouchement, on la considérera comme un procédé de nécessité, et on ne l'emploiera que la main forcée dans un cas de procidence, de présentation de la face ou de l'épaule.

Les épaules peuvent devenir une cause de dystocie sérieuse, ainsi que nous l'avons vu plus haut.

On commencera par exercer sur le cou des tractions

prudentes, essayant de dégager l'épaule antérieure jusqu'à l'empreinte deltoïdienne, puis relevant la traction, on dégagera l'épaule postérieure ; mais tout cela sans insister, des lésions graves étant possibles du côté du sterno-cléido-mastoïdien et surtout du plexus brachial (arrachement des racines rachidiennes).

On pourra alors avoir recours à la manœuvre de Jacquemier, décrite dans son *Mémoire* de 1860 : abaissement du bras antérieur, traction sur ce bras ; dans le cas d'inefficacité de ces tractions, abaissement du bras postérieur, puis traction sur les deux bras.

On pourra aussi utiliser la manœuvre de Varnier : dégagement du bras postérieur ; puis à l'aide de ce bras, on imprimera un mouvement de rotation au fœtus tout entier ; le bras antérieur devenu postérieur sera abaissé à son tour ; les tractions se feront ensuite sur les deux bras.

Les tractions avec le doigt introduit en crochet dans l'aisselle sont à repousser, comme dangereuses pour l'enfant vivant, ainsi que la cléidotomie préconisée par Strassmann et Bonnaire. Ces manœuvres deviennent par contre des opérations de choix lorsque l'enfant est mort.

La conduite à tenir dans les hémorragies *post partum* ne comporte rien de spécial.

La suture périnéale sera immédiate dans tous les cas de déchirure du périnée.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Commandeur.)

D..., femme Th..., vingt-huit ans, sans profession, 1 pare, entre aux expectantes le 16 mai 1910.

Parents vivants et bien portants; un frère et une sœur vivants et bien portants, une sœur mort-née.

Nourrie au sein par sa mère jusqu'à trois mois, puis au biberon. Régée à treize ans, règles abondantes, indolores, durant quatre jours. Rougeole et coqueluche dans l'enfance. Soignée depuis trois ans pour rétroversion utérine.

DR 2-6 juillet 1909, la malade était à terme le 12 avril.

D'une taille de 1 m. 49, cette femme semble bien constituée; rien au cœur ni aux poumons; les urines présentent un léger disque d'albumine.

Depuis un mois œdème sus-pubien, œdème des membres inférieurs surtout marqué à gauche.

Paroi abdominale luisante, tendue; palper impossible, les bruits du cœur ne sont pas perçus. HU = 45 centimètres.

Au toucher, col non effacé, perméable au doigt, segment inférieur hypertendu, tête extrêmement mobile.

Le 7 mai à 4 h. 30 du soir, introduction d'une bougie de Krause; premières douleurs le 8 à 1 heure du matin; la

bougie est retirée, col effacé, dilaté à 2 centimètres, poche des eaux intacte.

Le 9 mai, introduction d'un ballon de Champetier, rempli progressivement de 450 grammes de liquide, expulsion à 3 h. 50; col dilaté à une paume de main; la poche des eaux volumineuse éclate pendant une contraction, écoulement de 4500 grammes de liquide verdâtre; la tête aborde le détroit supérieur en *MIDP*; le cordon procident est réduit manuellement.

Version assez facile en saisissant le pied droit, ce n'est qu'après quinze minutes d'efforts vigoureux et en combinant les manœuvres de Mauriceau et de Champetier que l'on engage, fait descendre et dégage la tête dernière.

Le périnée est entièrement déchiré, la cloison recto-vaginale et le col sont intacts. Cinq minutes après l'expulsion, un flot de sang vient à la vulve, utérus gros et pâteux, cavité utérine très grande. On fait la délivrance artificielle, compression bimanuelle sur le poing resté dans l'utérus, injection iodo-iodurée à 48 degrés, ergotinine Tauret. Périnorrhaphie.

Suites de couches physiologiques.

L'enfant né en état d'asphyxie blanche est ranimé après quinze minutes d'efforts, il a une température de 38°5; le lendemain de sa naissance il crie et vomit sans cesse; lavage de l'estomac, bain sinapisé, potion avec 25 centigrammes de chloral.

Le 16, enfant très pâle, sutures et fontanelles surdistendues, la ponction lombaire donne issue à un liquide rosé. Mort le 18 mai à 6 heures du soir.

Enfant du sexe féminin pesant: 4.270 gr., longueur 58 cm.

Placenta ovalaire 24/12. . . . 770 gr.

Cordon grêle, insertion marginale, longueur 63 cm.

Liquide amniotique boueux, verdâtre 4.550 gr.

Hémorragie. 700 gr.

Diamètres	OF.		12 cm. 6
—	SM.		14 cm. 5
—	BP.		10 cm. 3
—	SOBr.		10 cm.
—	SMBr.		11 cm. 5

OBSERVATION II

(Recueillié dans le service de M. le professeur agrégé Commandeur.)

P..., femme M..., trente-six ans, ménagère, IX pare, entre aux expectantes, le 24 décembre 1908, pour albuminurie.

Père mort paralytique à soixante-six ans; mère morte à soixante-seize ans d'affection inconnue; un frère vivant, maladif, trois sœurs en bonne santé.

Nourrie au sein par sa mère. Réglée à quatorze ans, règles abondantes, indolores, durant huit jours. Angine à seize ans.

Antécédents obstétricaux :

1° Avortement à deux mois et demi, juillet 1890;

2° Fille à terme, vivante, forceps par le professeur Fochier, 1891;

3° Avortement à deux mois, 1894;

4° Garçon vivant, né à terme, 1897;

5° Avortement à deux mois et demi, 1900;

6° Avortement à deux mois, 1903;

7° Œuf hydramniotique, accouchement à huit mois (1905), enfant vivant et bien portant;

8° Enfant à terme mort-né.

DR 10-12 mai 1908, mouvements actifs perçus dans les premiers jours de septembre. Vomissements alimentaires et bilieux le premier mois, constipation et pertes blanches à partir du sixième.

Femme d'une taille de 1 m. 55, squelette bien constitué, seins bien conformés, œdème sus-pubien très marqué. Rien

au cœur ni aux poumons, nuage d'albumine. Ventre énorme, tendu, palpation difficile; on fait le diagnostic de SIGA; bruits du cœur difficilement perçus, HU = 40 centimètres.

Le 2 février 1909, HU = 45 centimètres; CiO = 123 centimètres.

Le 9 février, à 7 heures du soir, rupture prématurée des membranes, 2 litres de liquide clair sont recueillis, il s'en perd au moins autant. HU = 39 centimètres.

Le fœtus se présente alors par l'épaule droite, version par manœuvres externes. Le col épais, perméable à deux doigts, a toute sa longueur; un pied est procident, réduction manuelle; la tête s'amorce alors en OIDP.

Le 10 février à 11 heures du matin, douleurs de cinq en cinq minutes; à 2 h. 50 col effacé, épais, dilaté à 2 cm. 50. A 6 heures du soir, tête fixée, col épais, dilaté à une paume de main, température 39 degrés, pouls 120. Intervention sous anesthésie, forceps au détroit supérieur; après cinq minutes d'efforts, la tête est amenée sur le plancher périnéal, on fait le dégagement manuel des bosses frontales; les épaules sont dégagées en transverse.

La délivrance par expression est faite trente-cinq minutes après l'accouchement; injection utérine iodo-iodurée.

La température de la malade tombe le lendemain de l'accouchement, la disparition de l'albumine est constatée six jours après.

Enfant, né en asphyxie

bleue 4.700 gr. longueur, 56 cm.
Placenta circulaire 19/19. 630 gr.
Cordon grêle 55 cm.
Liquide clair 4.000 gr.

Diamètre OF	11 cm.
— SM	13 —
— BP	9 cm. 5
— SOBr.	10 cm.
— SMBi	10 —
— Bi-Acr	16 —

OBSERVATION III

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Commandeur.)

Pauline S..., femme C..., trente et un ans, ménagère, VI^e pare, arrive aux expectantes le 21 juillet 1908.

Parents vivants et bien portants; deux frères, quatre sœurs tous en bonne santé.

Nourrie au sein par sa mère, premiers pas à trois ans. Réglée à seize ans, règles douloureuses, irrégulières, durant trois jours. Pneumonie à sept ans, scarlatine à vingt et un ans, rougeole à vingt-huit ans.

Les cinq grossesses précédentes ont été bien supportées, les enfants venus à terme étaient tous très gros.

DR 18-21 octobre 1907. — Jusqu'au septième mois douleurs à la hanche et au genou droit; depuis, douleurs thoraciques, constipation opiniâtre.

Le malade à une taille de 1 m. 55. On ne trouve rien au cœur, ni au poumon; pas d'albumine dans les urines, œdème sus-pubien très marqué.

Ventre très étalé, volumineux; utérus dévié à droite, HU = 46 centimètres.

Au toucher, bassin normal, tête mobile, segment inférieur non constitué; le col a toute sa longueur, pas d'hypertension.

Dans la nuit du 16 au 17 juillet, crise d'étouffement, cyanose, respiration difficile, l'utérus a beaucoup augmenté: IU = 64 centimètres.

En face de cette situation, la malade étant à terme (26 juillet), on place le 21 juillet à 3 heures de l'après-midi un ballon de Champetier, expulsé à 7 heures. A ce moment col dilaté à 6 centimètres, poche des eaux plates, douleurs irrégulières.

22 juillet. — A 11 heures du matin, col dilaté à une petite paume de main, douleurs fortes, régulières.

A 3 heures et demie, dilatation stationnaire, rupture

artificielle de la poche des eaux; le liquide vert bouteille s'écoule lentement. Tête en OIGA appuie fortement sur le col, HU = 49 centimètres.

A 5 heures, expulsion spontanée; quelques difficultés au passage des épaules; après la sortie de l'enfant, écoulement de 2.400 grammes, on en perd environ 500 grammes. Délivrance par simple expression, quarante-cinq minutes après l'accouchement. Suite de couches physiologiques.

Enfant du sexe féminin . . . 5.400 gr. longueur 56 cm.

Placenta ovalaire 24/20. . . 750 gr.

Cordon spiralé. 56 cm.

Liquide amniotique . . . 5.500-6.000 gr.

Diamètre OF 11 cm. 8

— SM 13 cm. 2

— BP 9 cm. 2

— SOBr 10 cm.

— SMBr 9 cm. 8

— Bi-Acr 15 cm.

OBSERVATION IV

Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Commandeur.)

Olympe B. ., femme G..., trente-sept ans, tapissière, VIII pare, entre aux expectantes le 1^{er} mai 1908.

Parents vivants et bien portants, une sœur bien portante.

Nourrie au sein par sa mère, premiers pas à quatorze mois. Réglée à douze ans règles, peu abondantes, douloureuses, durée deux jours. Coqueluche en bas âge.

Antécédents obstétricaux :

1^o Accouchement à huit mois, fille vivante bien portante;

2^o Fausse couche à deux mois;

3^o Accouchement à terme, garçon bien portant;

4^o Accouchement à six mois et demi, enfant mort;

5^o Accouchement à terme, enfant mort-né;

6^o Accouchement à terme, garçon vivant, bien portant;

7° Accouchement à terme, garçon mort à dix-sept jours en nourrice.

Tous ces accouchements faits au forceps.

Grossesse actuelle bien supportée. Femme d'une taille de 1 m. 50, paraît bien constituée; rien au cœur, ni aux poumons; léger disque d'albumine; œdème sus-pubien s'étendant à toute la paroi abdominale.

Ventre étalé, paroi tendue. HU = 46 centimètres, CiO = 1 m. 20.

Palpation très difficile. Au toucher, tête mobile. Exploration du bassin impossible, la malade se défendant.

Le 19 mai, HU = 48 centimètres, CiO = 1 m. 25.

Le 21 mai, à 1 heure du matin, petites douleurs, écoulement de glaires sanguinolentes. A 3 heures, dilatation à une grande paume de main, poche des eaux volumineuse, constamment tendue, contractions fortes et rapprochées; le cordon est procident, la tête reste très élevée.

A 6 heures du soir, dilatation complète, rupture artificielle des membranes. On recueille 4 litres de liquide clair, il s'en perd environ 1 litre, le cordon arrive à la vulve. L'enfant se présente en OI DP, version extrêmement difficile, tractions sur les deux pieds, dégagement du siège en gauche, on abaisse et dégage les bras, manœuvres rendues difficiles par le volume de l'enfant et l'étroitesse du bassin.

Le périnée est complètement déchiré au moment de l'introduction de la main; les manœuvres combinées de Mauriceau et de Champetier, non plus qu'une application de forceps n'ayant pu amener l'engagement de la tête, et le cœur ayant cessé de battre, on fait la perforation.

Hémorragie immédiate, délivrance artificielle sur un placenta déjà en partie décollé.

Le bassin examiné à ce moment montre un sacrum redressé, promontoire élevé à 11 centimètres; on fait facilement le tour du détroit supérieur; bassin aplati et un peu généralement rétréci.

Infection périnéale; la température un peu élevée tombe

le onzième jour; la malade, complètement guérie, sort le quinzième jour.

Enfant du sexe masculin, né mort. 4.310 gr., long. 56 cm.

Placenta ovulaire 22/19. . . . 720 gr.

Cordon gélatineux, inséré à 4 cm. 80 cm.

Liquide amniotique clair . . . 5.000 gr.

Hémorragie 600 gr.

Diamètre OF 11 cm. 2

— SM 12 cm. 5

— BP 9 cm. 1

— SOBr 9 cm. 1

OBSERVATION V

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Commandeur.)

Anaïs A..., trente-quatre ans, blanchisseuse, V pare, arrive à la Maternité le 12 février 1908, accusant de petites douleurs. On la conduit à la Salle du Travail.

Père vivant et bien portant, mère morte d'affection inconnue, un frère vivant et bien portant, quatre frères et sœurs morts en bas âge.

Nourrie au sein par sa mère; réglée à quatorze ans, règles régulières, indolores, peu abondantes.

Antécédents obstétricaux :

1° A terme, en janvier 1898, fille vivante, bien portante;

2° A terme, février 1900, garçon vivant, bien portant;

3° A terme, novembre 1902, fille vivante, bien portante;

4° A terme, juin 1906, fille vivante, bien portante.

Depuis trois mois, vomissements alimentaires, point douloureux dans l'hypocondre gauche.

Taille de 1 m. 65. Rien au cœur, ni aux poumons, pas d'albumine.

OEdème sus-pubien, vulvaire et des membres inférieurs.

Ventre volumineux, utérus médian : HU = 46 centimètres. Parois résistantes, palpation impossible, sensation de flot.

Au toucher, bassin normal, poche des eaux volumineuse, saillante à travers le col complètement dilaté, présentation du sommet mobile.

Rupture artificielle des membranes; le liquide clair s'écoule lentement, on en recueille 3.600 grammes. Tête en OIDP; le col revient sur lui-même, n'est plus dilaté qu'à 5 centimètres, contractions faibles et espacées, la tête appuie mal.

A 11 h. 45, la présentation n'a pas progressé, BC réguliers.

A 1 heure, tête dans l'excavation; contractions insuffisantes, forceps, dégagement de la tête; on ne peut dégager les épaules : elles sont en transverse, le dos du fœtus appliqué directement sur la colonne vertébrale de la mère; on accroche l'épaule postérieure, qui est amenée à la partie moyenne de l'excavation, l'épaule antérieure est abaissée ensuite après cinq minutes d'efforts; 400 grammes de liquide s'écoulent après la sortie de l'enfant.

Un flot de sang arrive à la vulve, compression de l'aorte, malaxation de l'utérus, délivrance artificielle, injection chaude.

Suites de couches physiologiques.

L'enfant, du sexe féminin, né étonné, présente une paralysie du bras gauche, imputable aux tractions prolongées, pas de troubles oculaires.

Enfant	4 750 gr., long. 55 cm.
Placenta circulaire	810 gr.
Cordon gélatineux	60 cm.
Liquide amniotique	4.000 gr.
Hémorragie	500 gr.
Diamètre OF.	12 cm.
— SM	14 cm. 5
— BP.	9 cm. 6
— SOBr	9 cm. 8

OBSERVATION VI

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Commandeur.)

Apollonie C..., femme N..., trente-trois ans, ménagère, IV pare, entre aux expectantes, le 26 décembre 1905.

Père mort à soixante-huit ans d'une gastrite, mère morte à soixante-cinq ans d'une pleurésie; une sœur vivante et bien portante.

Nourrie au sein par sa mère, réglée à treize ans régulièrement, règles indolores, abondantes, durant trois ou quatre jours. Rougeole à quatre ans; opération abdominale à vingt-cinq ans.

Antécédents obstétricaux :

1° Normal, à terme, en 1901, garçon vivant pesant 4.675 grammes, nourri au biberon, mort à vingt-six mois d'une broncho-pneumonie compliquée de méningite.

2° Normal, à terme, en 1903, fille vivante, pesant 4.040 grammes, bien portante.

3° Avortement à huit mois et demi, délivrance artificielle.

DR., 28 mars 1905. — Maux de tête, douleurs lombaires.

Taille de 1 m. 50, rien au cœur, ni aux poumons, pas d'œdème, pas d'albumine; nombreuses varices aux membres inférieurs.

Fibrome de la moitié droite de l'utérus, antérieur à la gestation, utérus volumineux. HU = 42 centimètres.

Palper difficile; on croit avoir à faire à une SIDP, BC sourds; le col a toute sa longueur, segment inférieur non constitué, on ne sent pas la présentation.

Le 3 janvier 1906, à 11 heures du matin, premières douleurs; le sommet est en OIDP; BC à droite de la ligne médiane, col effacé, dilaté à 5 francs.

Rupture artificielle de la poche des eaux, à 2 heures du

soir ; on recueille 2.250 grammes de liquide clair ; dilatation complète à 3 h. 30.

Expulsion de l'enfant à 3 h. 40 ; quarante-cinq minutes après, terminaison de la délivrance par simple expression.

Suites de couches physiologiques.

Enfant vigoureux, du sexe

masculin	4.450 gr.	longueur, 56 cm.
Placenta circulaire	770 gr.	
Cordon	64 cm.	
Liquide amniotique	2.250 gr.	
Diamètre OF.	11 cm.	9
— SM.	14	—
— BP.	9	—
— SOBr.	9 cm.	5

OBSERVATION VII

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Commandeur.)

Claudine B..., femme D..., quarante-six ans, cultivatrice, 1^{re} pare, entre aux expectantes le 28 octobre 1905.

Père mort à cinquante-cinq ans d'une maladie de la vessie, mère morte à soixante-treize ans d'une maladie de cœur ; un de ses frères est atteint de néphrite, deux autres sont bien portants.

Nourrie au sein par sa mère, premiers pas à un an, coqueluche en bas âge ; réglée à douze ans régulièrement ; règles abondantes, douloureuses, durent deux jours.

DR. 3 février. — Au cours de la grossesse, nausées, maux de tête, troubles visuels. On trouve, le 15 octobre, de l'albumine dans les urines, régime lacté. On ne trouve à l'examen rien au cœur, ni aux poumons ; la malade a une taille de 1 m. 62.

Palper OIDP ; tête masquée par une tumeur volumineuse de la face antérieure de l'utérus, fibrome du volume

d'une mandarine ; parties molles résistantes. Col presque effacé, très mou, perméable au doigt, tête très mobile au-dessous du détroit supérieur. OEdème sus-pubien et des membres inférieurs très marqués. HU = 41 cm.

Premières douleurs, le 12 novembre à 7 heures du soir. OIGT amorcée, BC = 144. Poche des eaux volumineuse, constamment tendue, col à 5 centimètres, douleurs irrégulières.

Le 13, à 2 h. 30 du soir, un peu de dyspnée, dilatation à 6 centimètres; rupture artificielle des membranes, écoulement de 3500 grammes de liquide verdâtre, soulagement. La tête descend et appuie sur le col, on donne du chloral.

Le 14 novembre, à 9 heures du matin, facies anxieux, tympanisme abdominal; la dilatation demeure stationnaire; contractions faibles et irrégulières, pouls à 104, température 37°4.

A 10 heures, forceps après dilatation artificielle du col. Extraction en treize minutes.

Déchirure assez étendue du col, déchirure périnéale incomplète. Hémorragie qui cesse par une injection chaude, puis seconde hémorragie. Délivrance artificielle.

Suture du périnée.

Suites de couches: phénomènes de cystite, albumine, infection. Sortie non guérie (morte chez elle).

Enfant mâle, vigoureux, né

étonné	3.950 gr.	longueur 53 cm.
Placenta ovaire, bilobé 27/11	660 gr.	
Cordon gras	54 cm.	
Liquide amniotique verdâtre.	3.500 gr.	
Hémorragie	450 gr.	
Diamètre OF	11 cm.	8
— SM	14 cm.	5
— BP	9 cm.	8
— SOBr	9 cm.	5

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance de M. le professeur Fabre.)

R..., trente ans, culottière, V pare, entre à la Clinique le 19 janvier 1908, à 3 h. 45 du matin.

Réglée à dix-huit ans, règles irrégulières, indolores.

Antécédents obstétricaux :

1° Fille vivante, décembre 1897 ;

2° Garçon vivant, mai 1900 ;

3° Garçon vivant, novembre 1901 ;

4° Garçon vivant, novembre 1902.

Tous actuellement bien portants.

DR 15 avril 1907. — Accouchement probable pour le 15 janvier 1908. Vomissements pendant les premiers mois ; pertes blanches pendant toute la durée de la grossesse.

Le 19 janvier 1908, HU = 39 centimètres. BC perçus à 12 centimètres de la ligne médiane, 13 centimètres du pubis.

Col souple, épais, présente à gauche une petite cicatrice, tête petite, mobilisable.

Le 18 janvier, à 9 heures du soir, début des douleurs ; dilatation complète le 19, à 12 h. 45 du matin, expulsion spontanée à 1 heure ; délivrance naturelle à 1 h. 45, après la sortie de l'enfant.

Suites de couches physiologiques :

Enfant. . . . 4.120 gr. longueur 53 cm.

Cordon 58 cm.

Liquide 2.200 gr.

Hémorragie . . . 320 gr.

Diamètre OF 12 cm. 5

— SM 13 cm. 6

— BP 9 cm. 5

— SOBr ' 10 cm.

OBSERVATION IX

(Due à l'obligeance de M. le professeur Fabre.)

V..., trente ans, II pare, entre à la Clinique le 25 mars 1908.

Père mort d'un cancer de l'estomac, mère vivante et bien portante; sept frères vivants et bien portants.

Nourrie au sein par sa mère; a marché à l'âge de deux ans. Premières règles à quinze ans, régulières. Rougeole et coqueluche dans l'enfance.

Antécédents obstétricaux : En 1902, accouchement normal d'un enfant mort de tuberculose pulmonaire à dix mois.

DR 15-20 juin 1907. — Grossesse bien supportée.

Le 25 mars, HU = 39 centimètres. CiO = 104 centimètres.

Tête mobile, dos perçu à gauche, épaule à 4 centimètres à gauche de la ligne médiane, 7 centimètres au-dessus du pubis, BC normaux.

Le 29 mars, début des douleurs à 3 h. 30 du soir; rupture 4 h. 55, expulsion 5 h. 5; délivrance naturelle trente-cinq minutes après l'accouchement.

Suites de couches physiologiques :

Enfant 4.100 gr. longueur 54 cm.

Placenta 630 gr.

Cordon 65 cm.

Liquide amniotique. 2.000 gr.

Diamètre OF 11 cm. 6

— SM 13 cm. 3

— BP 9 cm. 1

— SOBr 9 cm. 5

OBSERVATION X

(Thèse de Legaye, année 1898-1899, n° 301.)

Trois grossesses à terme ont donné trois enfants vivants, dont le premier est mort à dix-sept jours (biberon).

Grossesse à terme.

HU 44 centimètres.

Poids de l'enfant, 4.370 grammes.

Poids du placenta, 750 grammes.

Liquide, 2.500 grammes.

OBSERVATION XI

(Thèse de Legaye, année 1898-1899, n° 1302.)

Deux grossesses, dont la première à terme a donné un enfant vivant, bien portant ; la seconde s'est terminée par un avortement à deux mois.

Même père. Age de la grossesse, neuf mois.

HU 44 centimètres.

Poids de l'enfant, 4.100 grammes.

Poids du placenta, 720 grammes.

Liquide, 2.600 grammes.

OBSERVATION XII

(Thèse de Legaye, année 1901-1902, n° 661.)

Quatre grossesses à terme avec enfants vivants, un mort à six mois.

Même père. Grossesse à terme.

HU 42 centimètres.

Poids de l'enfant, 5.200 grammes.

Poids du placenta, 680 grammes.

Liquide, 2.030 grammes.

OBSERVATION XIII

(Cas d'extraction d'un très gros enfant vivant au moyen du long forceps, Waller, observation résumée.)

M^{me} D..., âgée de quarante-quatre ans, X pare.

Début des douleurs le 1^{er} octobre à 10 heures, douleurs légères, irrégulières ; au toucher, col peu dilaté, tête mobile au-dessus du détroit supérieur.

Le 2 octobre, à 1 heure de l'après-midi, pas de douleurs efficaces, parturiente très irritable, administration de XL gouttes de teinture d'opium.

A 7 heures, douleurs plus fortes, la tête s'engage.

A 9 heures du soir, la tête n'a pas bougé, les membranes bombant semblent extraordinairement dures et épaisses ; rupture artificielle des membranes, expulsion d'une énorme quantité de liquide amniotique ; à partir de ce moment, douleurs extrêmement fortes et fréquentes, cependant la tête progresse fort peu.

Le 3 octobre, à 5 heures du matin, douleurs très violentes, malade très agitée ; à l'examen, parties molles souples, humides, bien dilatées, tête en grande partie descendue dans l'excavation ; après deux prises infructueuses faites avec le long forceps, la tête est enfin amenée sur le plancher périnéal, et l'extraction achevée manuellement.

Suites de couches physiologiques.

Enfant vivant, du sexe masculin, pesant 7.200 grammes.

OBSERVATION XIV

(*Über die Geburtshilfsfiche, Bedeutung der übermässigen Entwicklung neugeborner Kinder*, Marx, thèse d'Erlangen, 1893, obs. II, résumée.)

Anna W..., cuisinière, célibataire trente-sept ans, VI pare.

Premières règles à quatorze ans, durée quatre jours, pas

très fortes, régulières; les quatre premiers accouchements ainsi que les suites de couches normaux; au cinquième, perforation, suites de couches normales.

DR, 24-28 décembre 1890, mouvements actifs au milieu de mai. Vomissements au début; actuellement œdème des mains et des pieds; le 24 juin, hémorragie assez considérable.

Le 11 août 1891: squelette bon, rien au cœur ni aux poumons, paroi abdominale lâche, utérus piriforme, HU = 42 centimètres, CiO = 111 centimètres. Tête en OIGA.

Grandes lèvres entr'ouvertes, périnée sans cicatrices, col utérin ouvert, déchiré transversalement, cicatrisé, en forme de bourrelet épais, ayant conservé sa longueur, poche des eaux intacte.

Le 25 septembre 1891, tête mobile, col long, perméable, orifice interne fermé.

Le 9 octobre, respiration courte, CiO = 116 centimètres. Au toucher, tête mobile, canal cervical raccourci, perméable, BC à gauche. Le soir, premières douleurs.

Le 11, à 4 heures du matin, les douleurs deviennent plus fortes. A 6 heures du matin, rupture accidentelle de la poche des eaux au cours d'un toucher, écoulement d'une quantité considérable de liquide amniotique vert foncé, la tête s'engage, en OIGA, col dilaté à une paume de main.

Le 11, à 5 heures du soir, dilatation complète, bruits du cœur bons, tête en grande partie dans l'excavation, lèvre antérieure enflée, œdémateuse, température 38°5, pouls 116.

A 6 h. 1/2 du soir, la tête paraît à la vulve, se dégage, les épaules restent fixées au détroit supérieur, l'aisselle est accrochée, l'extraction effectuée.

L'enfant asphyxique en état de mort apparente, est ranimé au bout d'une demi-heure.

Hémorragie, Crédé sans résultat, délivrance artificielle, friction utérine, trois prises d'ergotine: déchirure légère du périnée, trois points de suture.

Pendant les suites de couches, fièvre légère, sphacèle de la lèvre antérieure du col. A la sortie, le col est cicatrisé; la femme présente des signes d'anémie légère.

Enfant du sexe masculin.	. 5.430 grammes
Placenta ovulaire 21/10.	. 880 —
Cordon	80 centimètres
Liquide amniotique . . .	quantité considérable
Diamètre OF	12 centimètres
— SM	14 —
— BP	9 —
— SOBr	10 —

OBSERVATION XV

(Marx obs. III résumée.)

Marie B..., mariée, trente ans, célibataire, II pare.

Premiers pas à un an et demi. Premières règles à quatorze ans, régulières, peu abondantes. Scarlatine à quatre ans, anasarque.

Il y a six ans, accouchement à terme d'un enfant volumineux du sexe féminin extrait au forceps après deux jours de travail; déchirure considérable du périnée, mal guérie; suites de couches normales.

DR fin février 1892.

Le 9 décembre 1892, taille moyenne, squelette bien développé, cœur et poumons sains. Paroi abdominale flasque et chargée de graisse, ventre légèrement pendant; œdème considérable des deux jambes: tête mobile au-dessus du bassin, donnant une sensation volumineuse; le fond de l'utérus s'élève jusqu'au creux de l'estomac. CO = 108 centimètres.

Cicatrice périnéale, prolapsus du bourrelet de l'urètre et de la paroi postérieure de la vulve; déchirure transversale du col, orifice externe perméable, orifice interne fermé, nombreuses et profondes déchirures et cicatrices latérales.

Le 14 janvier 1892, à 1 h. 30 du matin surviennent de fortes douleurs.

Le 14, à 6 heures du matin, fond de l'utérus sur la courbure des côtes, dos à droite, tête mobile, bruits du cœur à droite et un peu au-dessus de l'ombilic. Col admettant deux doigts, en voie d'effacement ; poche des eaux intacte.

A 11 h. 30, col dilaté à 5 francs, rupture spontanée de la poche, écoulement très abondant de liquide amniotique.

A 6 heures du soir, col effacé, douleurs énergiques ; la tête reste mobile en transverse ; les efforts de la parturiente restant inefficaces et en présence de l'arrêt du travail, version sous anesthésie à 11 h. 30 du soir ; la version se fait facilement ; l'extraction est pénible : tractions énergiques sur le pied gauche par deux opérateurs ; après l'extraction pénible du siège, les épaules et la tête sont dégagées avec facilité.

Déchirure périnéale complète.

L'enfant asphyxique ne peut être ranimé.

Suites de couches physiologiques.

Enfant du sexe masculin. . . 5.870 gr. longueur 62 cm.

Placenta ovalaire 760 gr.

Cordon 85 cm.

Liquide amniotique très abondant.

Diamètre OF 12 cm.

— SM 14 cm. 5

— BP 11 cm. 5

OBSERVATION XVI

(*Traité de l'art des accouchements*, 9^e édition, p. 196.

Cazeaux, résumé.)

DR 12 juillet 1848 : accouchement probable le 13 avril 1849.

Début des douleurs le 6 mai au soir, un mois après le terme prévu.

L'enfant se présentant par l'épaule, la version fut faite avec les plus grandes difficultés; l'enfant fut extrait mort.
Enfant pesant 9.000 gr. longueur 64 cm.
Diamètre bisacromial 23 cm.

OBSERVATION XVII

Présentation d'un fœtus du poids de 13 livres 1/2. Maygrier, Société obstétricale et gynécologique de Paris, séance du 12 février 1891 (*Bulletin de la Société*, p. 31, résumé).

X..., âgée de trente-neuf ans, santé actuelle excellente, VII pare.

Deux fausses couches, quatre accouchements à terme, tous très gros et vivants.

DR fin mars 1890: grossesse très pénible, ventre énorme et pendant, éventration.

Apparition brusque de polyurie et glycosurie très abondante; au huitième mois, 51 grammes de sucre par litre d'urine; dyspepsie, névralgies, disurie, prurit vulvaire, œdème considérable des organes génitaux externes. Sous l'influence du régime, le sucre tombe à 4 gr. 50 par litre, avec 3 ou 4 litres d'urine par jour.

A l'examen, grande quantité de liquide, fœtus très volumineux et très mobile.

Le 12 janvier 1891, à 4 heures du matin, début des douleurs. Au début, douleurs très espacées, col entr'ouvert, poche des eaux en boudin, procubitus; les battements du cordon, d'abord réguliers, ne sont bientôt plus perçus; le cœur cesse de battre; le fœtus semble avoir succombé au début du travail.

A 10 h. 30, dilatation complète; aucune partie fœtale n'est accessible; rupture artificielle des membranes, écoulement d'une grande quantité de liquide amniotique; le cordon descend dans le vagin; on reconnaît alors une SIDA.

Abaissement du pied droit; malgré les contractions

énergiques et les efforts de la mère, le travail reste stationnaire ; on fait alors des tractions sur le membre abaissé ; deux heures d'efforts énergiques sont nécessaires pour dégager le siège, le tronc, les épaules ; la tête sort avec facilité.

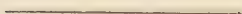
Délivrance spontanée une heure après.

Suites de couches physiologiques.

Enfant mort, du sexe féminin. 6,750 gr. longueur 58 cm.

Cordon. très gros.

Diamètre	OF.	12 cm. 5
—	SM.	14 cm.
—	BP.	10 cm.
—	SOBr	9 cm. 5
—	bisacromial	18 cm.
—	bisiliaque.	13 cm. 5
—	bitrochantérien . .	17 cm.



CONCLUSIONS

I. — Les œufs hydramniotiques avec fœtus volumineux (gros œufs) sont indépendants de toute cause pathologique, de la syphilis en particulier.

II. — Les causes de cet hydramnios ne semblent pas relever d'un processus morbide, mais peut-être de la suractivité fonctionnelle d'un organisme fœtal très développé.

III. — Le diagnostic résulte de l'apparition, à la fin de la grossesse, d'un hydramnios tardif chez une femme saine, coïncidant avec la présence d'un gros enfant.

IV. — Les difficultés obstétricales résultent à la fois du volume anormal du fœtus et de la grande quantité de liquide amniotique ; en cas d'intervention sur l'enfant vivant, le forceps sera l'instrument de choix ; la version, une opération de nécessité.

V. — Le développement ultérieur du gros enfant n'offre rien de spécial ; une perte de poids considérable pendant les premiers jours peut faire cependant perdre au nouveau-né l'avance acquise *in utero*.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
FABRE.

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 1^{er} décembre 1910.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- AHLFELD, *Arch. f. Gynaek.*, p. 355, 1871.
ASTENGO, Thèse de Paris, 1904.
ATTAIX, *Etude de l'accouchement des épaules*.
AUVARD, *Traité pratique des accouchements*.
BAILLY, *Gazette des hôpitaux*, p. 1132, 1883.
BAR, *Leçons de pathologie obstétricale*, Paris, 1900.
BAUDELOCQUE, *Principes de l'art des accouchements*, 1835.
BEACH, *Medical Record*, vol. XV, p. 271, New-York.
BENNET, *Lancet*, p. 99, 11 janvier 1896.
BONNAIRE, *De la réduction du volume des épaules dans les accouchements dystociques*.
BONNAIRE et MAURY, *l'Obstétrique*, 1900.
BRECHIN, *Medical Record*, p. 707, 29 décembre 1883, New-York.
BUDIN, Thèse de Paris, 1876.
— *l'Obstétrique*, 1898.
BUDIN et DEMELIN, *Précis d'obstétrique*, Paris.
BUÉ, *Presse médicale*, p. 129, 3 septembre 1898.
CAZEAUX, *Traité de l'art des accouchements*, 6^e édition, p. 196.
CHALEIX, *Arch. de tocol. et gynéc.*, XXI, p. 270, 1894.
COMMANDEUR, *Traité de l'art des accouchements*, 1907.
COOPER, *Kansas City medical Record*, VI, p. 179, 1889.
LE CUDANEC, Thèse de Paris, 1890.
DELÉPINE, *Journal des sc. méd. de Lille*, 1905.
DELMAS, *l'Obstétrique*, p. 290, avril 1910.
DUBOIS, Thèse de Paris, 1897.
FABRE, *Précis d'obstétrique*, Lyon, 1910.

- FABRE et TRILLAT, *Réunion obstétricale de Lyon*, avril 1908.
FRUHINSHOLZ, *Rev. prat. d'obst. et de pédiatrie*, 33-42, Paris, 1906.
GARRIGUES, *N.-Y. medical Journal*, p. 173, 1885.
GORDON, *British medical Journal*, I, p. 664, 1884.
GUÉNIOT et PIERRA, *Annales de la Soc. obst. de France*, 1904.
— — *Revue mensuelle de gynéc.*, 1909.
VON HERFF, *Arch. f. Gynaec.*, p. 542, 1897.
JACQUEMIER, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 21 août 1857.
— *Mémoire, Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, VII, 1869.
JOSSEMAND, Thèse de Lyon.
LEGAYE, Thèse de Paris, 1902.
MARX, Thèse d'Erlangen, 1893.
MOISNARD, Thèse de Paris, 1903.
ORTEGA, *Nouv. Arch. d'obst. et de gynéc.*, p. 484, 1891.
PANAYOTOFF, Thèse de Montpellier, 1906.
PERRET, Thèse de Paris, 1894.
PFLEIGER, Thèse de Paris, 1907.
RACHEL et NEUMER, *N.-Y. med. Journal*, IX, 1890.
ROBBINS, *Transactions american med. Associat. Philad.*, 1882.
SENELART, Thèse de Paris, 1906.
SERVEL, Thèse de Lyon, 1901.
SLAUGHTER, *Virginis medical monthly Richmond*, XV, p. 179-181, 1888-1889.
STRASSMANN, *Arch. f. Gynaec.*, p. 135, 1897.
TARNIER et BUDIN, *Traité sur l'art des accouchements*.
VARNIER, *l'Obstétrique*, p. 185, Paris, 1900.
VORON, Thèse de Lyon, 1901.
WALLER, *Transactions of the obstetrical Society*, p. 309, Londres, 1859.
WARDEN, Thèse de Paris, 1899.
YOUNG, *Edimburg medical Journal*, p. 269, 1883-1884.

